

(AGENCY LETTERHEAD)

**Programa Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos
(LIHEAP)**

Formulario Substituto Autorizado

Nombre del solicitante _____

Solicitud número: _____

Yo, _____ (Jefe de familia) por la presente autorizo al individuo a continuación a que firme en mi nombre la Solicitud de Asistencia para Combustible.

Nombre de sustituto autorizado*:

Parentesco con el solicitante:

Firma del Jefe de familia: _____ Fecha: _____

- *La persona nombrada como sustituta deberá mostrar tarjeta de identificación. Deberá incluirse copia de la tarjeta de identificación del solicitante.*

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Formulario entrevista de bajos ingresos/cero ingreso

(Para casos de "cero ingreso" o cuando el ingreso mensual equivale o es menos de \$200.00 después de restar los gastos del hogar).

Nombre del cliente: _____

Solicitud #: _____ Fecha: _____

1) Número y parentesco con los otros miembros del hogar: _____

2) Si tiene poco o ningún ingreso, favor de explicar cómo satisface los gastos de subsistencia como alimentos, alquiler, servicios, ropa, atención personal, médica, etc.: _____

3) ¿Tiene alguna factura vencida o aviso de cobro? _____ **SÍ** _____ **NO**

Favor de proveer copia de dichas facturas.

Alquiler: _____ *Hipoteca:* _____ *Electricidad:* _____ *Gas:* _____ *Préstamo Auto:* _____

Médico: _____ *Tarjeta de crédito:* _____ *Cable TV:* _____ *Teléfono:* _____

Otro: _____

4) ¿Ha hecho retiros del banco o ha recibido ayuda de otros para poder cumplir con sus gastos de subsistencia? _____ **SÍ** _____ **NO**

De ser "Sí", favor de incluir copia de estados de cuenta que muestren las cantidades y las fechas o complete el formulario Declaración de Asistencia Económica. (Se requiere una Declaración de Asistencia Económica si la ayuda de otros duró más de 30 días.)

Retiros bancarios: _____ Ayuda de otros: _____

5) ¿Cómo obtiene comida? Estampillas de alimentos: _____ Otro (explique): _____

6) ¿Recibe WIC u otra ayuda que no sea en efectivo?/ _____ **SÍ** _____ **NO**

De ser "Sí", favor de especificar: _____

7) ¿Cómo cubre los gastos de automóvil o transporte (gasolina, inscripción, préstamo de automóvil, seguro)? _____

Certifico so pena de perjurio que las declaraciones que constan en este formulario y en mi solicitud son verdaderas y que ni mi ingreso ni cualquier otra información es falsa o insuficiente. Tengo entendido que se me podrá enjuiciar si recibiera algún beneficio como resultado de una declaración fraudulenta en mi solicitud.

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

(En letra de molde)

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma entrevistador: _____ Fecha: _____

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Declaración de no hipoteca/seguro de la propiedad

(Para clientes dueños de casa sin gastos de hipoteca o de seguro de la propiedad)

Nombre del cliente: _____
Solicitud #: _____
Fecha: _____

Certifico ser dueño de mi casa y no tener ya un pago de (principal e intereses) de hipoteca. Mis gastos de vivienda son los siguientes:

- HIPOTECA (PRINCIPAL E INTERESES): \$ _____
- PÓLIZA SEGURO SOBRE LA PROPIEDAD: \$ _____
- BIENES RAÍCES (IMPUESTOS MUNICIPALES): \$ _____
- CUOTA CONDOMINIO (SI APLICA): \$ _____
- CUOTA PARQUE HOGARES RODANTES (SI APLICA): \$ _____
- OTRO \$ _____
- COSTO TOTAL DE VIVIENDA:** \$ _____

Certifico so pena de perjurio que las declaraciones que constan en este formulario y en mi solicitud son verdaderas y que ni mi ingreso ni cualquier otra información es falsa o insuficiente. Tengo entendido que se me podrá enjuiciar si recibiera algún beneficio como resultado de una declaración fraudulenta en mi solicitud.

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

(En letra de molde)

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma entrevistador: _____ Fecha: _____

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Declaración de no ingreso (cero ingreso)

Solicitud #: _____

Yo, _____, certifico que no he recibido ingresos en los últimos treinta (30) días o de _____ a _____. Autorizo a (NOMBRE DE AGENCIA) para que examine mi planilla de contribución de ingresos para verificación de los mismos. Tengo entendido que en caso de haber declarado falsamente "no tener ingresos", puedo ser responsable del valor total de cualquier ayuda recibida y sujeto a enjuiciamiento penal.

Firma

Seguro Social #

Fecha

Yo, _____, certifico que no he recibido ingresos en los últimos treinta (30) días o de _____ a _____. Autorizo a (NOMBRE DE AGENCIA) para que examine mi planilla de contribución de ingresos para verificación de los mismos. Tengo entendido que en caso de haber declarado falsamente "no tener ingresos", puedo ser responsable del valor total de cualquier ayuda recibida y sujeto a enjuiciamiento penal.

Firma

Seguro Social #

Fecha

Yo, _____, certifico que no he recibido ingresos en los últimos treinta (30) días o de _____ a _____. Autorizo a (NOMBRE DE AGENCIA) para que examine mi planilla de contribución de ingresos para verificación de los mismos. Tengo entendido que en caso de haber declarado falsamente "no tener ingresos", puedo ser responsable del valor total de cualquier ayuda recibida y sujeto a enjuiciamiento penal.

Firma

Seguro Social #

Fecha

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Declaración de ayuda económica

Solicitante: _____
Solicitud # _____

A ser completada por la persona que está dando la ayuda

Por la presente informo que yo, _____
(Nombre en letra de molde de la persona **DANDO** la ayuda)

Certifico so pena de perjurio que a continuación aparece una declaración completa y verdadera de la ayuda económica que le doy a _____
(Nombre en letra de molde de la persona **RECIBIENDO** la ayuda).

Le doy: \$ _____ por: (marque uno) _____ semana _____ mes.

La ayuda económica empezó en: ___/___/___ y ha de seguir hasta ___/___/___.

Si la ayuda no es continua, la cantidad(es) dadas de ___/___/___ a ___/___/___ fue \$ _____, y se la di ___/___/___ (Fecha(s)).

Mi parentesco con el solicitante es: _____

Mi dirección es: _____

El teléfono de mi casa es: _____

El teléfono de mi trabajo es: _____

Tengo entendido además que (NOMBRE DE AGENCIA) puede solicitarme información adicional para verificar mis ingresos. En ese momento se me puede hacer responsable si de alguna forma he falsificado la información sobre la ayuda recibida.

ESTA DECLARACIÓN DEBE NOTARIZARSE.

Firma: _____ Fecha: _____
(Persona que da la ayuda)

Hoy ___ día de _____, 20___, comparece personalmente ante mi, el notario público que subscribe, _____ (nombre de quien firma documento) y demostró de forma satisfactoria mediante presentación de prueba de identificación, a saber, _____, ser la persona cuyo nombre aparece en el documento adjunto o que antecede y admitió haberlo firmado voluntariamente para los fines indicados.

Firma del notario: _____ **SELLO NOTARIAL**

Mi comisión expira el: ___/___/___

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Ingreso de trabajos esporádicos--Declaración de ingresos notariada

Nombre del solicitante: _____

Solicitud #: _____

Yo, _____, certifico so pena de perjurio que la siguiente declaración de los ingresos derivados de trabajos esporádicos para el período de: ___/___/___ a ___/___/___ es verdadera y completa. Tengo entendido además que (NOMBRE DE AGENCIA) puede pedir en cualquier momento copia de mi planilla de contribución de ingresos como verificación de los mismos. En ese momento se me puede hacer responsable si de alguna manera he hecho una declaración falsa acerca de mis ingresos.

Nombre y dirección de la persona para la cual hizo el trabajo	Trabajo(s) realizado(s)	Fecha del trabajo	Pago bruto recibido

Firma del solicitante: _____ fecha: _____

ESTA DECLARACIÓN DEBE NOTARIZARSE.

Hoy ___ día de _____, 20___, comparece personalmente ante mi, el notario público que subscribe, _____ (nombre de quien firma documento) y demostró de forma satisfactoria mediante presentación de prueba de identificación, a saber, _____, ser la persona cuyo nombre aparece en el documento adjunto o que antecede y admitió haberlo firmado voluntariamente para los fines indicados.

Firma del notario: _____

SELLO NOTARIAL

Mi comisión expira el: ___/___/___

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Cuestionario Vivienda compartida/Unidad económica separada

***Favor de completar este formulario si el solicitante comparte apartamento o casa con otra(s) persona(s).
Cada solicitante del hogar deberá completar este formulario antes de que se pueda procesar la solicitud:***

Nombre del solicitante: _____
Solicitud #: _____
Fecha: _____
Nombre del casero: _____
Teléfono del casero: _____
Dirección del casero: _____
Fecha en que se mudó a esta dirección: _____
¿Cuántas personas viven en el apartamento/casa? _____
Nombres: _____

Ingreso

¿Tiene ingresos propios? _____ Sí _____ No
De ser "Sí", ¿qué tipo de ingreso?: _____
¿Qué tipo de ingreso tienen las otras personas? _____

Gastos

¿Quién es responsable de los gastos del apartamento/casa? _____
¿A nombre de quién está la hipoteca, contrato de arrendamiento, factura de calefacción, electricidad, gas, teléfono? _____

¿De qué gastos es responsable? Favor de marcar los debidos espacios y proveer cheques o giros cancelados para los últimos tres (3) meses:

___ Alquiler ___ Gas ___ Electricidad ___ Teléfono ___ Cable

Otro (favor especificar): _____

¿Alguna de las personas que viven en el apartamento/casa le ayudó de alguna forma con estos gastos durante el pasado año? _____

Arreglos de vivienda /División del espacio

¿Es pariente de alguna de las personas? _____

De ser así, ¿cuál es el parentesco? _____

Todos tienen acceso al espacio de vivienda común _____

¿Cuántos dormitorios hay en el apartamento/casa?

(Favor de proveer copia del contrato de arrendamiento, formulario de información del alquiler, informe del asesor)

¿Las personas compran la comida u otros artículos personales por separado?: _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Carta a beneficiario inelegible sobre un pago único de emergencia

Estimado (NOMBRE DEL CLIENTE):

Su solicitud de beneficios bajo el Programa de Asistencia para Combustible para Hogares de Bajos Ingresos ha sido aprobada como aparece a continuación.

Sin embargo, en nuestro registro aparece que en otro de los años del programa de asistencia para combustible su hogar recibió un pago único como ayuda de emergencia para el cual era inelegible y todavía no lo ha devuelto. Conforme a los requisitos del Estado, los posibles beneficios máximos para este año se reducirán por la cantidad pendiente de pago. De pagar dicha cantidad pendiente, la cantidad completa de sus beneficios estará disponible para el programa.

Puede apelar esta decisión de elegibilidad dentro de los veinte (20) días laborables del recibo de este aviso mediante notificación a _____ (AGENCIA) _____ por escrito a la dirección que aparece en el encabezado de esta página.

Fecha de aviso: ____/____/____ Solicitud #: _____

Vendedor de calefacción: _____

Posibles beneficios máximos: \$ _____

Pago de emergencia del año pasado hecho a (Nombre):

Cantidad del pago de emergencia: \$ _____ Fecha: _____

Cantidad del pago ya hecho por el cliente: \$ _____

CANTIDAD TODAVÍA ADEUDADA - A SER DEDUCIDA DE LOS BENEFICIOS:

\$ _____

BENEFICIO MÁXIMO AJUSTADO: \$ _____

Atentamente,

Director Asistencia para Combustible
Agencia LIHEAP

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Aviso de solicitud incompleta

Fecha de este aviso: _____

Nombre del solicitante: _____

Solicitud número: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad/Código: _____

Estimado solicitante de asistencia para combustible:

La presente es para informarle acerca de la acción tomada en su solicitud de Asistencia para Combustible 2009 - 2010.

Su solicitud está **INCOMPLETA**. No podemos ayudarle con la entrega de aceite, pago de servicios o de alquiler hasta tanto esté completa la solicitud. Necesitamos la siguiente información para completar la solicitud:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

!! URGENTE !!

ATENCIÓN: debe completar su solicitud lo antes posible pero no más tarde de 30 días de la fecha de esta carta. El programa de asistencia para combustible funciona a base de llegada y no hay garantía de que los fondos todavía estarán disponibles para su hogar si demora el envío de los documentos.

Favor de llamarnos de **INMEDIATO** si necesita ayuda para obtener esta información.

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Solicitud incompleta -- ¡Aviso final!

Fecha de este aviso: _____

Estimado _____:
(Solicitante a la Asistencia para combustible)

Todavía faltan algunos documentos en su solicitud. No podemos ayudarle a pagar las facturas de calefacción sin esta información.

El Aviso de solicitud incompleta fechada: ___/___/___ le pedía los siguientes documentos:

(Un asterisco * indica qué documentos se recibieron.)

Los siguientes documentos se necesitan lo antes posible pero no más tarde de 30 días después de la fecha de esta carta:

!! URGENTE !!

ATENCIÓN: debe completar su solicitud lo antes posible pero no más tarde de 30 días de la fecha de esta carta Q se le han de NEGAR los beneficios de asistencia para combustible. El programa de asistencia para combustible funciona a base de llegada y no hay garantía de que los fondos todavía estarán disponibles para su hogar si demora el envío de los documentos.

¡ESTE ES SU AVISO FINAL DE SOLICITUD INCOMPLETA!

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)



Solicitud #: _____ Fecha de este aviso: _____

Nombre: _____

Dirección : _____

Ciudad, estado, código _____

_____ (AGENCIA) _____ lamenta informarle que la solicitud para asistencia de combustible ha sido **DENEGADA** por las siguientes razones:

_____ El ingreso bruto del hogar de \$_____ calculado a base de los documentos que proveyera es mayor al límite fijado por el programa de \$_____ para un hogar integrado por _____ personas.

_____ Vive en vivienda pública o una situación de vivienda privada con subsidio que incluye la calefacción como subsidio y el mismo se limita a un porcentaje fijo de sus ingresos.

_____ Su hogar ya presentó una solicitud para el año en curso.

_____ Vive en una situación de hogar de grupo que no puede recibir servicios de este programa.

_____ Ha pedido que se retire su solicitud.

_____ Vive fuera del área que estamos autorizados a servir. Favor de comunicarse con:

_____ OTRO: _____

EXPLICACIÓN DE ÍTEM(S) ARRIBA MARCADO(S):

Si desea apelar esta Denegación a su Solicitud de Asistencia para Combustible, deberá completar y devolver el formulario de Apelación adjunto a (AGENCIA) dentro de los veinte (20) días laborables del recibo de este Aviso de Denegación.

Si hay cambios en los ingresos o en el tamaño de su hogar antes del 3 de mayo, 2010, puede entonces presentar una apelación a (AGENCIA) para que se reconsidere la solicitud. La fecha límite para presentar una Apelación ante la agencia de Asistencia para Combustible es el viernes, 25 de junio, 2010.

(AGENCY LETTERHEAD)
Programa Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos
(LIHEAP)

Formulario de apelación

PARTE A: QUIERO APELAR A (AGENCIA) POR LA SIGUIENTE RAZÓN:

- 1. Recibí aviso de la (AGENCIA) informándome que no soy elegible a los beneficios de asistencia para combustible. (Esta Apelación deberá someterse a la (AGENCIA) dentro de los veinte (20) días laborables del recibo del formulario de Apelación).
- 2. Recibí aviso de la (AGENCIA) informándome que soy elegible a los beneficios de asistencia para combustible, pero no estoy de acuerdo con la CANTIDAD de los beneficios. (Esta Apelación deberá someterse a la (AGENCIA) dentro de los veinte (20) días laborables del recibo del formulario de Apelación).
- 3. Hubo un cambio en el ingreso o tamaño de mi hogar DESPUÉS de que (AGENCIA) me informara que era o no era elegible (incluyendo la cantidad de los beneficios) para asistencia para combustible y deseo que (AGENCIA) revise la determinación previa en base a este cambio. (Esta Apelación deberá someterse a (AGENCIA) no más tarde del viernes, 25 de junio, 2010).
- 4. No he recibido una determinación de (AGENCIA) en cuanto a mi solicitud de beneficios de asistencia para combustible después de cuarenta (40) días de la fecha de mi solicitud. (Esta Apelación deberá someterse a (AGENCIA) no más tarde del viernes, 25 de junio, 2010).

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

PARTE B: MARQUE SOLO UN ENCASILLADO A CONTINUACIÓN:

- 1. Solicito que (AGENCIA) revise mi expediente (incluyendo cualquier información o documentación que quiero someter en este momento en apoyo de mi apelación. Tengo entendido que (AGENCIA) también podrá pedirme someter información o documentación adicional.

Si desea someter cualquier información o documentación nueva o adicional en apoyo de su apelación, deberá someter la nueva información o documentación por correo o en persona a (AGENCIA) junto a este formulario de apelación.

Favor de indicar información o documentos que se estén sometiendo: (use hoja(s) adicional(es) si fuera necesario) _____

Entiendo además que (AGENCIA) me ha de enviar por escrito una decisión dentro de los veinte (20) días laborables del recibo de (AGENCIA) de esta Apelación o del recibo de cualquier información o documentación solicitado por (AGENCIA). (AGENCIA) puede programar una audiencia informal si determinara que es necesario.

O

- 2. Solicito que (AGENCIA) programe una audiencia informal en persona donde pueda presentar mi apelación. Entiendo que dicha audiencia ha de grabarse y estará a cargo de un funcionario de audiencias seleccionado por la (AGENCIA). Entiendo además que recibiré un Aviso de la Audiencia de parte de (AGENCIA) donde se me informará de la hora y lugar de la audiencia y el reglamento para la misma. (AGENCIA) me enviará por escrito la decisión tomada por el funcionario a cargo de la audiencia dentro de los diez (10) días laborables después de la audiencia.

Conuerdo en proveer toda información y documentación requerida para verificar mi elegibilidad a los beneficios de asistencia para combustible.

Firma Solicitante/Cliente

Fecha

Solicitud Número

Este formulario deberá devolverse a (AGENCIA) a la dirección anterior.

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Aviso de audiencia para apelación

Usted ha sometido una Apelación a **(AGENCIA)** en la cual requiere una audiencia en persona en **(AGENCIA)** en referencia a su apelación bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos.

La audiencia está programada para el _____ a las _____ (Día/Fecha),
en las oficinas de _____ **(AGENCIA)**.

Deberá presentarse a la hora señalada o, de no ser posible, comunicarse con **(AGENCIA)** antes de esa fecha para hacer los arreglos para una fecha distinta. El no presentarse a la audiencia programada o comunicarse con la **(AGENCIA)** antes de la misma resultará en que se desestime la apelación a menos que pueda demostrar un motivo suficiente para no presentarse o ponerse en contacto con **(AGENCIA)**.

Se adjunta copia del ***Reglamento para las audiencias imparciales del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos***. La audiencia ha de regirse por dicho reglamento.

Tiene el derecho a examinar y copiar en la **(AGENCIA)** los materiales relacionados con su solicitud archivada con la **(AGENCIA)**. Puede copiar la solicitud y cinco (5) páginas adicionales de su expediente sin costo alguno. Habrá un cobro por cualquier número adicional de páginas o copias. Debe comunicarse con **(AGENCIA)** para programar una fecha para examinar o copiar los materiales de su expediente (ver abajo).

Tiene derecho a ser representado, por cuenta propia, por un representante autorizado. Si planifica ser representado en la audiencia por un representante autorizado, deberá notificar a la **(AGENCIA)** por escrito antes o durante la audiencia.

Si desea: 1) reprogramar la audiencia, 2) programar una fecha para examinar o copiar los materiales de su expediente o 3) hacer preguntas adicionales acerca de este aviso, favor de comunicarse con:

(INFORMACIÓN DE LA AGENCIA)

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Apelación a nivel local-- Denegación

Solicitante: _____ Solicitud #: _____

_____ Fecha de este aviso: _____

Como resultado de nuestra revisión de su apelación al Programa de Asistencia para Combustible, lamentamos informarle que su apelación por:

- _____ Elegibilidad
- _____ Aumento en el nivel de beneficios

Ha sido **denegada** por la(s) siguiente(s) razón(es):

Si desea **apelar esta decisión a un nivel más alto**, deberá someter su **apelación por escrito**, dentro de los **veinte (20) días laborables** a partir de la fecha en que recibió este aviso y a ser remitida antes del viernes, **27 de agosto, 2010**, a:

**Atención: LIHEAP Appeals Officer
Community Services Unit, Division of Community Services
Department of Housing and Community Development
100 Cambridge Street, Suite 300
Boston, MA 02114**

La Unidad de Servicios a la Comunidad del Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario ha de revisar su expediente (incluyendo el registro de cualquier audiencia celebrada en la (AGENCIA)) y puede pedirle que someta información o documentación nueva o adicional. Ha de expedir una decisión escrita dentro de los veinte (20) días laborables del recibo de toda la información y documentación necesaria. Tendrá el derecho adicional de obtener una revisión jurídica de dicha decisión.

Si quiere información adicional con respecto a este aviso, favor de comunicarse con:

(AGENCIA)

(NÚMERO DE TELÉFONO)

Tenga en cuenta que esta decisión no afecta su posible elegibilidad en cualquier año futuro ni impide el que solicite una reconsideración si su ingreso o el tamaño de su hogar cambian antes del 3 de mayo. Si experimenta cualquiera de estos cambios, comuníquese directamente con **(AGENCIA)**.

SI SU SOLICITUD ESTÁ INCOMPLETA, DEBE COMUNICARSE CON (AGENCIA) PARA EL VIERNES, 25 DE JUNIO, 2010. EL ÚLTIMO DÍA PARA APELAR AL DEPARTAMENTO DE LA VIVIENDA Y DESARROLLO COMUNITARIO ES EL VIERNES, 27 DE AGOSTO, 2010.

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Carta a clientes para participar en margen sobre costo al por mayor

Estimado Cliente de Asistencia para Combustible:

A fin de utilizar al máximo sus dólares y beneficios de Asistencia para Combustible,
_____ (**Agencia**) está participando del Programa Margen-Sobre-Costo al Por Mayor (MOR) el cual nos permite comprar aceite a un precio descontado mientras sea cliente de Asistencia para Combustible.

Desafortunadamente, la compañía que le vende el aceite _____ (**Nombre de la compañía**), ha decidido **no** participar en este programa de aceite descontado de Asistencia para Combustible. De acuerdo a las normas de nuestro programa de asistencia, _____ (**Agencia**) **SOLO** puede comprar aceite de las compañías participantes a menos que usted esté de acuerdo en pagar la diferencia del costo entre el descuento que Asistencia para Combustible ha de pagar por galón de aceite y lo que la compañía ha de cobrar.

Por lo tanto, para recibir la cantidad máxima de aceite para calefacción de los beneficios de asistencia para combustible sin hacer pagos adicionales, deberá seleccionar una compañía de aceite que participe en el programa de descuento de la lista que acompaña esta carta.

Debe llamar a _____ (**Agencia**) al _____ (**Número de teléfono**) lo antes posible y decirnos cuál de las compañías participantes ha seleccionado para la entrega de aceite mientras reciba los beneficios de Asistencia para Combustible.

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con nosotros.

Atentamente,

Nombre: _____
Puesto: _____
Agencia: _____

AVISO DE COMPARACIÓN ENTRE INGRESOS Y SALARIOS

De acuerdo a la ley estatal (M.G.L. c.62E), puede requerirse la comparación de ingresos reportados por los beneficiarios de asistencia para combustible, aclimatación o asistencia para sistemas de calefacción, con los salarios reportados por los patronos al Departamento de Hacienda del Estado de Massachusetts (DOR). En este caso, esta AGENCIA participará junto con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) en el Sistema de Comparación entre Ingresos y Salarios de Massachusetts (conocido como *Wage Match*). A estos efectos, les hemos pedido a todos los miembros adultos (18 años o mayores) del hogar que solicita asistencia, proporcionar el número de Seguro Social. Los adultos en el hogar no tienen que proporcionar números de Seguridad Social para ser determinados elegibles al solicitar a los programas de asistencia para combustible, aclimatación o asistencia para sistemas de calefacción.

De requerirse una Comparación entre Ingresos y Salarios esta AGENCIA remitirá los números de Seguro Social, junto con los nombres y direcciones del jefe de familiar y de todos los miembros adultos del hogar al DCS/CSU quienes remitirán dicha información al Departamento de Hacienda de Massachusetts (DOR). La información sobre ingresos que nos reportara para los programas de asistencia para combustible, aclimatación o asistencia para sistemas de calefacción será comparada con los salarios (ingresos) reportados por los patronos al Departamento de Hacienda. El Departamento de Hacienda le proporcionará a DCS/CSU la información que aparezca en sus archivos en cuanto a su salario, así como el salario de otros miembros del hogar y DCS/CSU le informará a esta AGENCIA los datos acerca de su ingreso.

Si la información sobre ingresos que ha reportado no coincide con la información reportada por los patronos al Departamento de Hacienda, hemos de comunicarnos con el jefe de familia. Nos reuniremos y trabajaremos con el jefe de familia y cualquier miembro del hogar cuyo ingreso sea cuestionado para tratar de resolver la "falta de coincidencia". Si embargo, si no podemos aclarar la "falta de coincidencia" y determinamos que el hogar reportó incorrectamente el ingreso por debajo de lo que debe ser, podremos tomar una o más de las siguientes acciones: ajustar el nivel del beneficio del hogar; terminar la asistencia al hogar; pedir la devolución de los pagos hechos incorrectamente a/o en nombre del hogar; reducir cualquier beneficio futuro por las cantidades no reembolsadas. Si tomamos cualquiera de estas acciones, el jefe de familia tiene el derecho de apelar nuestra decisión a través del Proceso de Apelación de esta Agencia y de los tribunales.

Cualquier "falta de coincidencia" que no pueda ser resuelta por esta AGENCIA también podrá resultar en un referido a DHCD. La información concerniente a Usted y otros miembros del hogar también podrá ser referida a la Oficina de Investigaciones Especiales del Estado, el Fiscal del Distrito o el Procurador General, lo cual podría resultar en investigaciones, acciones o enjuiciamiento criminal adicional.

Si no puede proporcionar o verificar su número de Seguro Social con esta AGENCIA, su nombre y dirección todavía han de ser sometidos al Departamento de Hacienda en caso de una comparación entre ingresos y salarios. Si después de haber leído este aviso todavía le preocupa dicha comparación, llame a su oficina local de servicios legales.

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Formulario Manutención/ Pensión Alimenticia Solicitud #

Si recibe manutención o pensión alimenticia: favor de completar, firmar, fechar y devolver este formulario a nuestra oficina acompañado de la documentación requerida en cuanto a la cantidad(es) de la manutención/pensión.

Yo, _____, tengo entendido que se me hará responsable si de alguna forma falsifico la cantidad de manutención/pensión que recibo.

a.) _____ NO he recibido manutención/pensión desde _____.

O

b.) _____ NO recibo manutención/pensión.

La cantidad es: \$ _____ por semana/mes (marque con círculo uno)

De parte de: _____.

La manutención/pensión empezó en o alrededor de esta fecha: _____.

Si recibe manutención/pensión de más de una persona, favor de indicar la cantidad recibida de cada persona, la frecuencia con que la recibe, cuándo comenzó cada cual y el nombre de cada persona que provea el pago de manutención/pensión:

Se requiere uno de los siguientes documentos para cada fuente de manutención/pensión:

- a.) Copias de cheques o giros cancelados de la fuente para la manutención/pensión;
- b.) Copia de la orden del tribunal;
- c.) Una carta del abogado del caso o agencia legal que represente al solicitante;
- d.) Carta notariada de la fuente de la ayuda económica;
- e.) La hipoteca/alquiler que se pague en lugar de, o además de la ayuda de manutención/pensión cuenta como ingreso. Si fuera requerido, deberá presentar copia de la orden o decreto del tribunal o de cualquier otro documento legal que especifique la cantidad y frecuencia de dichos pagos; o,
- f.) Historial de pago con el Departamento de Hacienda.

Firma _____ Fecha _____

(AGENCY LETTERHEAD)

**Programa Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos
(LIHEAP)**

Apelación a nivel local--APROBACIÓN

Cambio de decisión previa sobre determinación de la Solicitud/Elegibilidad a beneficios del programa

Solicitante: _____ **Solicitud #:** _____

Fecha de este aviso: _____

Como resultado de su apelación a **(NOMBRE DE AGENCIA)**, su solicitud de Asistencia para Combustible ha sido revisada y nos place informarle que su solicitud de:

_____ Elegibilidad
_____ Aumento del nivel de beneficio

ha sido **aprobado** por la(s) siguiente(s) razón(es):

El nivel de beneficios LIHEAP es: _____

Su vendedor de combustible ha sido notificado de su elegibilidad.

Si las circunstancias de su hogar cambiaran (como el nivel de ingresos o número de miembros del hogar) antes del 3 de mayo, 2010, favor de comunicarse con **(NOMBRE DE LA AGENCIA)** para darles la información. Si desea **apelar esta decisión a un nivel más alto**, deberá someter su **apelación por escrito**, dentro de los **veinte (20) días laborables** a partir de la fecha en que recibió este aviso y a ser remitida antes del viernes, **27 de agosto, 2010**, a:

**Atención: LIHEAP Appeals Officer
Community Services Unit, Division of Community Services
Department of Housing and Community Development
100 Cambridge Street, Suite 300
Boston, MA 02114**

La Unidad de Servicios a la Comunidad del Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario ha de revisar su expediente (incluyendo el registro de cualquier audiencia celebrada en la (AGENCIA)) y puede pedirle que someta información o documentación nueva o adicional. Ha de expedir una decisión escrita dentro de los veinte (20) días laborables del recibo de toda la información y documentación necesaria.

Si quiere información adicional con respecto a este aviso, favor de comunicarse con:

(AGENCIA)

(NÚMERO DE TELÉFONO)

(Agency Letterhead)

Solicitante: _____

Solicitud #: _____

Aviso del derecho de apelación

Puede apelar a: _____ en _____ por
(Agencia) **(Dirección)**

cualquiera de las siguientes razones y de acuerdo al siguiente itinerario:

1. Si se le ha negado asistencia o está en desacuerdo con la cantidad de la ayuda, puede apelar dentro de 20 días laborables después de recibir el aviso de elegibilidad o ineligibilidad. (Esto estará sujeto además a la fecha final del **viernes, 25 de junio, 2010** para todas las apelaciones a **(Agencia)**).
2. Puede apelar si no ha recibido una decisión en cuanto a su solicitud (elegible o inelegible) a los cuarenta (40) días de la fecha de su solicitud. El último día para apelar a **(Agencia)** es **viernes, 25 de junio, 2010**.
3. Si después de la fecha de su solicitud original ha habido un cambio en sus ingresos o composición del hogar, puede pedir otra revisión de la decisión previa de elegibilidad (cantidad de la ayuda) o inelegibilidad de la **(Agencia)**. (El cambio de ingreso o composición del hogar debe ocurrir antes del **3 de mayo, 2010**.) El último día para apelar a **(Agencia)** es **viernes, 25 de junio, 2010**.

La **(Agencia)** programará una audiencia informal en persona solo si así lo solicitara en el formulario de apelación provisto por **(Agencia)** o si **(Agencia)** lo considera necesario. La **(Agencia)** tomará una decisión y se le notificará por escrito dentro de diez (10) días laborables después de la audiencia.

Si no participa en una audiencia en persona, puede que **(Agencia)** le requiera enviar documentación nueva o adicional en apoyo de su apelación. La **(Agencia)** tomará una decisión y se le notificará por escrito dentro de veinte (20) días laborables después de recibir la documentación completa de haberse pedido documentación nueva o adicional. Ninguna apelación ha de ser aceptada por **(Agencia)** después del **viernes, 25 de junio, 2010**.

Puede presentar una apelación adicional dentro de los veinte (20) días laborables después de recibir la decisión de **(Agencia)**, escribiendo a: *Department of Housing and Community Development (DHCD), Division of Community Services (DCS), Community Services Unit (CSU), 100 Cambridge Street, Suite 300, Boston, MA 02114*. Ninguna apelación será aceptada por el DHCD después del **viernes, 27 de agosto, 2010**.

**ANTES DE APELAR AL DHCD,
DEBERÁ APELAR A (Agencia) PARA EL VIERNES, 25 DE JUNIO, 2010**

(Agency Name)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Reglamento para Audiencias imparciales

1. El presente reglamento ha de interpretarse para lograr una determinación informal, justa, rápida y poco costosa de las apelaciones al Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos que incluyan audiencias imparciales. La audiencia se celebrará a petición del solicitante-cliente o cuando el Subconcesionario lo crea necesario.
2. El Subconcesionario deberá recibir un formulario de apelación completo:
 - a. en caso de determinación de elegibilidad o inelegibilidad, dentro de veinte (20) días laborables del recibo del formulario de apelación por el Subconcesionario.
 - b. después de cuarenta (40) días laborables de la fecha de la solicitud si el Subconcesionario no hubiese respondido a la misma; o
 - c. después de que el hogar del solicitante/cliente haya tenido un cambio en el ingreso o composición del hogar después de la determinación previa del Subconcesionario en cuanto a elegibilidad o inelegibilidad.
3. El solicitante/cliente tiene el derecho a ser representado por cuenta propia por un "representante autorizado", quien podrá ser abogado, paralegal, amigo, pariente u otra persona. El solicitante/cliente debe poner por escrito la autorización para dicha representación antes de o durante la audiencia. Un representante autorizado podrá ejercer, en nombre del solicitante/cliente, cualesquiera derechos y poderes conferidos por este Reglamento.
4. El solicitante/cliente tiene el derecho, tanto antes como después de la audiencia, de examinar y copiar los documentos de la solicitud archivada con el Subconcesionario en la oficina de éste. El solicitante/cliente podrá copiar su solicitud y cinco (5) páginas adicionales del expediente sin cobro alguno; podrán copiarse documentos adicionales al costo del solicitante/cliente. El Subconcesionario establecerá fechas razonables en las cuales el solicitante/cliente, mediante notificación razonable, podrá examinar y copiar su expediente.
5. El Subconcesionario ha de proveer un Aviso escrito de la audiencia que:
 - a. provea una notificación de diez (10) días laborables antes de la fecha y lugar de la audiencia además de tres días para el envío por correo;
 - b. diga que el solicitante/cliente tiene derecho a obtener un representante autorizado por cuenta propia;
 - c. diga que el solicitante/cliente tiene el derecho de examinar y copiar los documentos de la solicitud archivada con el Subconcesionario y describa como hacer los arreglos para dicho examen;
 - d. diga que la audiencia ha de regirse por este Reglamento y
 - e. diga que si el solicitante/cliente no se presenta a la audiencia según sea programado y no reprograma la misma de antemano, se desestimarán la apelación pero estará sujeta a reprogramarse si el solicitante/cliente demuestra un motivo suficiente para no haberse presentado o haberla reprogramado.
6. Durante la audiencia el solicitante/cliente y el Subconcesionario tendrán derecho de presentar testimonios personales, testigos, prueba documental y argumentos escritos u orales así como el derecho a interrogar los testigos de la parte contraria y refutar cualquier otra prueba ofrecida durante la audiencia.
7. El Subconcesionario seleccionará un funcionario de audiencias imparcial para que presida la audiencia. El funcionario de la audiencia:
 - a. puede ejercer un control razonable de la secuencia y duración de las presentaciones a fin de mantener el orden y evitar repeticiones;

(Agency Letterhead)

**Programa Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos
(LIHEAP)**

Reglamento para audiencias imparciales - Página dos

- b. puede limitar la asistencia a la audiencia a fin de mantener el orden y la privacidad del solicitante/cliente siempre y cuando éste pueda renunciar a su derecho a la privacidad;
 - c. puede aplazar la audiencia a una fecha posterior cuando sea adecuado;
 - d. puede ejercer discreción para limitar o excluir pruebas pero no ha de aplicar las reglas de evidencia aplicables en los tribunales y ha de aceptar toda prueba relevante, confiable y no repetitiva;
 - e. mantendrá copia de todos los documentos sometidos o de los cuales se dependa en el transcurso de la audiencia; y
 - f. no necesita administrar un juramento a los testigos pero no ha de dar un peso reducido a cualquier testimonio por no haber sido dado bajo juramento.
8. El Subconcesionario ha de grabar la audiencia y la cinta se convertirá en parte del registro de la audiencia pero no se le requerirá al Subconcesionario transcribir la misma. El solicitante/cliente también podrá grabar la audiencia por cuenta propia.
9. La decisión del funcionario de la audiencia:
- a. será por escrito;
 - b. será basada solamente en los documentos del expediente de solicitud del solicitante/cliente, las pruebas y el argumento oral sometido durante la audiencia, cualquier argumento escrito sometido antes o durante la audiencia (o después de la audiencia si está dentro del periodo especificado por el funcionario de audiencia), los requisitos relevantes del programa y cualquier otro hecho irrefutable;
 - c. indicará las razones para la decisión, incluyendo cualquier requisito de programa aplicable y, de haber alguno, resolverá los conflictos de hecho que fueran necesarios para decidir la apelación;
 - d. se emitirá dentro de diez (10) días laborables después del cierre de la audiencia y recibo de cualquier sometimiento post audiencia e informará al solicitante/cliente que puede presentar una apelación ante el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) y que deberá enviar por correo o someter la apelación en veinte (20) días laborables del recibo de la decisión.